

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N° 906

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Yves LE PLEUX

né le 8 Septembre 1933 à LA ROCHE s/FORON (Hte-Savoie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Présentée et soutenue publiquement le :

A propos de 320 PERITONEOSCOPIES
faites au Centre Hospitalier Régional de Caen

Président : Mr. Charles DEBRAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Yves LE PLEUX

né le 8 Septembre 1933 à LA ROCHE s/FORON (Hte-Savoie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Présentée et soutenue publiquement le :

A propos de 320 PERITONEOSCOPIES
faites au Centre Hospitalier Régional de Caen

Président : Mr. Charles DEBRAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS.V^e

162



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
» Beaujon	SICARD (A.)
» Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
» Saint-Antoine	PATEL (J.)
» Salpêtrière	GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broussais)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
» Bouicaut	ALAJOUANINE (T.)
» Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
» Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
» Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
» Pitié	DREYFUS (G.)
» St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
» Foch (Suresnes)	LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	SÈNEQUE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Embryologie	FEY (B.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	GIROUD (A.)
Histologie	SÈZE (S. de)
	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	DEPARIS (M.)
— (Prof ^r à titre personnel)	DESOILLE (H.)	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	GALLIARD (H.)	COUVELAIRE (R.)
Médecine légale	LAVIER (G.)	MERKLEN (F.-P.)
Parasitologie	MILLIEZ (P.)	GARCIN (R.)
Pathologie chirurgicale	CHEYMOL (J.)	LÉVY (Mlle J.)
Pathologie exotique	BINET (L.)	BARGETON (D.)
Pathologie expérimentale et comparée	DOGNON (A.)	DJOURNO (A.)
Pathologie médicale	DESGREZ (H.)	LÉGER (L.)
Pathologie et thérapeutique générales	BROUET (G.)	
Pharmacologie		
» (Prof ^r à titre personnel)		
Physiologie		
» (Prof ^r à titre personnel)		
Physique médicale		
» (Prof ^r à titre personnel)		
Radiologie médicale		
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale		
Thérapeutique		

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { CABROL (G.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOUREH (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports PLAS (F.)	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Carcinologie { DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (C.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Ophthalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	KOZZIGONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
	BOISSIER (J.)		CERNÉA (P.)
Pharmacologie	LECHAT (P.)	Stomatologie	CHAPUT (A ^{mo} A.), m.c. agr
	PARROT (J.), pr. s. ch.		GRELLET (M.)
Physiologie	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		
	ABOULKER (P.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		LEPAGE (F.)
	HUGUIER (J.)		MAYER (M.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (G.)		RAVINA (J.)
	PADOVANI (P.)	Clinique ophtalmologique . .	DESIGNES (P.)
	POILLEUX (F.)		OFFRET (G.)
	ROUX (M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Clinique médicale	DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONIQUE, ma femme ,

A mes enfants, FRANÇOIS et THIERRY,

A mes parents ,

A mes frères,

A mes soeurs,

A mes amis,

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur d'Hydro-climatologie Thérapeutique

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur

d'accepter la présidence de cette Thèse.

Nous le prions d'agréer l'expression

de notre respect.

Au Docteur VILLEY

En témoignage de ma très grande
reconnaissance et de mon plus profond
respect, pour mes premières années de
Médecine et mon Internat.

Au Docteur VIGOT

En témoignage de ma profonde gratitude,

Au Docteur Jacques l'Hirondel

Grâce à qui ce travail a pu être entrepris .

A mon ami, le Docteur VALLA

Qui m'a guidé de ses conseils tout au long
de cette étude.

A mes Maîtres à l'Internat

- au Docteur ADAM,
- au Docteur BONNET,
- au Docteur CHAPERON,
- au Docteur CHEMERY,
- au Docteur GOGUEL,
- au Docteur HAMON,
- au Docteur JAMES,
- au Docteur LACROIX,
- au Docteur LAVARDE,
- au Docteur LEMENAGER,
- au Docteur Jean L'HIBONDEL,
- au Docteur MORIN
- au Docteur POILPRE.

INTRODUCTION

* * *

En dix ans, la péritonéoscopie d'abord réservée à quelques services parisiens s'est vulgarisée et est devenue un examen de routine en gastro-entérologie. Le mérite de cette vulgarisation en FRANCE revient à CAROLI et FOURES, et à Charles DEERAY et PERGO LA qui en mettant au point un matériel permettant la photographie et le cinéma ont mieux que tout autre démontré l'intérêt de cette méthode d'examen.

A la suite des travaux de ces initiateurs, de nombreux auteurs ont publié les résultats de leur expérience personnelle. Si nous le faisons à notre tour, c'est dans le dessein de montrer ce qu'on peut attendre dans la pratique hospitalière courante de cet examen simple qui nécessite une installation matérielle modeste.

Il nous a semblé intéressant de présenter le bilan des 320 péritonéoscopies que nous avons faites en deux ans sous deux rubriques.

Après avoir envisagé dans les généralités sa technique, les incidents et accidents, délimité ses frontières, nous exposerons dans une première partie le résultat de toutes nos péritonéoscopies en insistant plus spécialement sur les difficultés d'interprétation que nous avons rencontrées. C'est ainsi que nous évoquerons les problèmes posés par les gros foies éthyliques, la périhépatite ponctuée, les cancers secondaires du foie. Par contre, nous ne chercherons pas à comparer ces résultats aux symptômes qui ont conduit à faire une endoscopie.

Dans la seconde partie, au contraire, délaissant la description morphologique, nous classerons nos résultats en fonction des indications, ce qui nous amènera à porter un jugement de valeur, non pas sur la péritonéoscopie en général, mais sur notre travail endoscopique de deux ans.

GENERALITES

-:-:-:-

TECHNIQUE

La technique de la péritonéoscopie est des plus simple et c'est sa simplicité qui lui confère une place de choix.

1°/ MATERIEL UTILISE

Nous disposons en pratique :

- soit de l'appareil du Docteur FOURES
- soit de l'appareil du Docteur PERGOLA.

A - L'appareil de FOURES est dérivé du pleuroscope

Pour faire une péritonéoscopie simple, il comprend :

- 1) un trocart de 6 mm dérivé du trocart de pleuroscopie
- 2) dans ce trocart on fait coulisser un tube qui se termine en une tige flexible portant une lampe à incandescence à son extrémité. Cette tige porte-lampe sert de palpateur instrumental.
- 3) dans la tige porte-lampe, coulisse enfin un tube optique à vision directe.

C'est le seul matériel dont nous disposons à l'heure actuelle.

Pour faire une endophotographie

- 1) on remplace la tige porte-lampe et les optiques par un tube qui comporte à son extrémité intra-péritonéale :

- a / un flash électronique alimenté par un générateur qui donnera l'éclair nécessaire à la prise de la photographie.
- b / une lampe à incandescence
- c / une optique à 45°.

2) A l'autre extrémité du tube s'adapte un appareil photographique à visée réflexe pour permettre le centrage de la photographie.

B - L'appareil de PERGOIA est dit " à lumière froide ". Les qualités exceptionnelles de cet endoscope sont dues à son éclairage et à son optique, découverte de FOURESTIER et GLADU.

1°/ Il comprend

- a) le trocart introduction avec clapet de sécurité à fermeture automatique assurant l'étanchéité.
- b) le tube laparoscope de 7,5 ou 9 mm pouvant être muni indifféremment
 - d'une optique et d'un quartz progrades à 60°
 - d'une optique et d'un quartz à 90°
 - d'une optique et d'un quartz directs, cette dernière combinaison permettant l'usage d'instruments opératoires sans nécessiter de porte d'entrée supplémentaire (aiguille à injection, trocart à biopsie ...).
- c) l'extrémité distale de ce tube, mousse, légèrement en biseau protège l'optique et peut servir d'écarteur.

2°/ L'éclaireur en est la pièce maitresse.

- a) il comporte une ampoule de grande puissance située entre un miroir concave et un système de lentilles formant condenseur.
- b) le faisceau lumineux résultant vient frapper un prisme qui le renvoie à 90° dans une " fontaine lumineuse ", constituée par

la baguette de quartz étirée longeant l'optique dans le tube gainé de l'endoscope.

c) le refroidissement est assuré par

- un verre catathermique qui empêche la propagation de la chaleur en filtrant les rayons infrarouges
- une aspiration d'air continu.

3°/ Cette méthode

a) permet la photo et la cinématographie dans des conditions idéales :

- la puissance de cette source de lumière froide est environ trois cents fois supérieure à celle obtenue par les ampoules miniatures des endoscopes ordinaires.
- les temps de pose sont donc très raccourcis améliorant considérablement la netteté de l'image.

b) assure intégralement la sécurité du malade : la source de lumière fonctionne sous bas voltage et elle est extérieure au corps.

2°/ ANESTHESIE

L'anesthésie générale n'est pas utilisée, la bénignité de l'examen rendant l'anesthésie locale toujours suffisante. La péritonéoscopie n'exige même pas obligatoirement l'hospitalisation et nous en avons fait plusieurs au domicile même des malades, trop éloignés et trop fatigués pour subir un long déplacement

3°/ LA CREATION D'UN PNEUMO-PERITONE

est le premier temps indispensable de toute péritonéoscopie. Le procédé le plus simple et le plus sûr est celui qui est employé pour la création d'un pneumothorax. Le trocart à insufflation est habituellement introduit dans la

région latéro-ombilicale gauche. L'insufflation est faite :

a - soit à l'appareil de KUSS qui permet

- de contrôler si le trocart est bien dans la cavité péritonéale
- de vérifier la quantité d'air injecté et la pression intrapéritonéale.

b - soit directement à la soufflerie dite " de thermocautère ".

Il nous semble bien inutile de recourir à l'insufflation élective de CO₂.

A condition de procéder avec soin, on n'existe, en fait, aucun risque d'embolie gazeuse.

4°/ PORTE D'ENTREE

La porte d'entrée se situe électivement dans la région SUS-ombilicale de préférence sur la ligne médiane mais encore

- à droite pour explorer le foie
- à gauche pour explorer la rate
- au dessous pour les affections pelviennes.

En fait, on peut pénétrer dans n'importe quelle région de l'abdomen. Le volume de l'organe à examiner peut imposer une porte abbatante, il convient alors de bien repérer le trajet de l'artère épigastrique pour ne pas l'embrocher avec le trocart.

Et nous examinons :

1) la face antérieure des organes intra-abdominaux

- la face antérieure convexe et le bord antérieur du foie
- la vésicule
- la face antérieure et la grande courbure de l'estomac

- la rate accessible si elle est hypertrophiée
 - les anses grèles et le colon
 - le péritoine.
- 2) chez la femme systématiquement les organes génitaux en position de Trendelenburg.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

- Les incidents mineurs sont possibles. C'est ainsi que nous avons pu constater :
 - deux hématomes au point d'introduction du trocart
 - deux fois une insufflation du colon
 - un cas d'emphysème sous-cutané
 - une fois une hémorragie bénigne au cours d'un néo du péritoine
 - plusieurs fuites de liquide en cas d'ascite.
- Les accidents graves sont beaucoup plus rares. Certains auteurs en ont rapporté quelques uns.
 - c'est ainsi que LAFERRE note cinq décès sur 2.780 cas
 - CAROLI, un cas d'hémorragie grave par embrochage d'une grosse veine dans une cirrhose de Cruveilhier Baumgarten.
- Personnellement, nous n'avons constaté que deux incidents. Le premier était difficilement évitable, le second aurait dû l'être.

Dans le premier cas (péritonéoscopie n° 248) nous avons pénétré dans un kyste de l'ovaire abdominal géant non diagnostiqué cliniquement et plusieurs fois ponctionné. Cet incident fut sans conséquence grave et la malade

opérée huit jours après, guérit facilement.

Dans le second cas (péritonéoscopie n° 178) notre trocart a embroché une artère épigastrique chez un malade porteur d'un cancer du pancréas, mais nous avons du faire une voie d'abord sous ombilicale étant donné le volume du foie.

La péritonéoscopie s'était déroulée normalement. On avait pu noter seulement qu'à la fin de l'examen la paroi saignait plus que de coutume. Mais une heure et demie après, nous avons été appelés près du malade qui présentait :

- une décoloration des muqueuses
- un pouls très rapide
- une tension artérielle à 8 - 6
- l'examen montrait une matité très importante des deux hypocondres.

Le chirurgien opérant en urgence constata dès l'ablation de l'agrafe une hémorragie en jet. A l'ouverture de l'abdomen , l'artère épigastrique était entièrement délabrée. Le petit bassin contenait une quantité importante de sang. L'intervention permit l'hémostase et la dérivation cholecysto-gastrique.

Ainsi l'inocuité de la péritonéoscopie est démontrée à la condition d'observer quelques précautions élémentaires (coagulation, porte d'entrée). Les seules contre-indications nous semblent être les affections chirurgicales d'urgence les grandes insuffisances cardio-respiratoires, les malades multi-opérés, les hypoprothrombinémies trop marquées.

LE RECRUTEMENT

Le recrutement des 320 malades que nous avons examinés s'établit

comme suit :

3/4 forment un recrutement un peu particulier venant directement du service de gastro-entérologie où un certain nombre y sont entrés spécialement pour y subir cet examen.

Mais le dernier quart est représenté par les malades des services de médecine générale ou même de chirurgie de l'Hôpital de CAEN.

PLAN DE L'ETUDE



I - BILAN GLOBAL

- 1°/ foies cirrhostiques
 - cirrhoses alcooliques
 - hémochromatose
 - cirrhose post-hépatitique
- 2°/ cancers du foie
 - cancers secondaires
 - cancers primitifs
 - cancers vésiculaires
- 3°/ maladie polykystique du foie
- 4°/ cancer du pancréas
- 5°/ lithiase cholédocienne
- 6°/ hépatites virales
- 7°/ cancer du péritoine
- 8°/ kyste de l'ovaire
- 9°/ grossesse extra utérine

II - BILAN DIFFERENTIEL

Les signes cliniques qui nous ont conduit à faire une péritonéoscopie.

III - VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA PERITONEOSCOPIE

- 1°/ la péritonéoscopie a confirmé le diagnostic clinique
- 2°/ elle a redressé un diagnostic clinique erroné
- 3°/ elle nous a permis de faire un diagnostic impossible
cliniquement
- 4°/ elle ne nous fut pas très utile ...
- 5°/ elle nous fit faire une erreur.

- une ascite : 1 cas
- douleurs mal définies de l'hypocondre droit : 2 cas.

2 / Le foie est reconnaisable à plusieurs caractères :

- ses dimensions : hypertrophie avec profond sillon du ligament rond
- sa forme : il est globuleux au bord antérieur mousse, souvent décollé des organes sous-jacents.

Il existe souvent une hypertrophie de l'extrémité externe du lobe droit qui vient faire saillie en dehors et sous la vésicule.

- sa couleur claire, gris rose, rarement jaune bourre classique du foie gras.
- sa consistance ferme sans être dure
- sa surface lisse et finement ridée comme du cuir marocain.

3 / En fait tous les aspects sont possibles.

Péritonéoscopie n° 11 : Mr LEM ... présente un très gros foie de teinte claire.

Son bord antérieur est très arrondi, le foie est scléreux mais non cirrhotique. Sa surface recouverte d'une capsulite importante est parfaitement lisse.

Péritonéoscopie n° 43 : Mr PIN ... : foie hypertrophié rose pâle de surface granitée, mais non nodulaire, de consistance ferme.

Péritonéoscopie n°136 : Mr GUE ... : le lobe gauche est sensiblement normal, un peu plus globuleux que normalement. Le lobe droit est nettement plus pathologique, il est clair, très ferme à la palpation. Son bord antérieur est mousse. Il s'agit d'une hépatite éthylique certaine sans cirrhose vraie.

4 / Les problèmes pratiques soulevés dans le diagnostic endoscopique de ces gros foies sont les suivants :

- a) il peut être très difficile de les distinguer d'un foie normal.

Il nous est arrivé bien souvent chez un éthylique notoire qui, par exemple, a fait une hématurie, de ne pouvoir affirmer le caractère normal ou pathologique du foie.

Péritonéoscopie n° 42 : Mr MAU ... a présenté une hématurie en Mars 1959. Le bilan hépatique est normal. La radiographie gastrique ne montre aucune lésion. La péritonéoscopie fait découvrir un foie très modérément hypertrophié, son bord antérieur est mousse, sa teinte est normale. La surface présente en lumière rasante quelques petites irrégularités mais il ne s'agit pas d'un foie de cirrhose.

b) Il peut être difficile de faire la distinction entre gros foie éthylique sans cirrhose et cirrhose confirmée.

Il est vraisemblable que le passage est progressif et qu'en endoscopie on peut voir tous les états intermédiaires.

5 / Nous avons cherché la réponse en présence de tels cas

a) dans les épreuves fonctionnelles : mais déception

comme le montre FAUVERT, les tests de floculation peuvent être tout à fait normaux en cas de cirrhose, à plus forte raison au stade pré-cirrhotique.

Prenons par exemple six de nos malades, les testes de floculation sont très peu perturbés :

Mac Lagan	: 10	: 2	: 12	: 3	: 3	: 3	:
Gros	: 3 cc 60	: 3 cc 20	: 1 cc 75	: 3 cc 70	: 3 cc 75	: 2 cc 40	:
Hanger	: -	: -	: ±	: -	: -	: -	:

- De même l'épreuve à la Bromo-sulfone-phtaléine dont on connaît la fidélité, a été bien souvent normale alors que le foie endoscopiquement était pathologique.

b) Dans la ponction biopsie : mais au stade de cirrhose comme au stade pré-cirrhotique, la réponse du laboratoire est peu démonstrative. Elle signale l'existence d'anomalie cellulaire, de stéatose, de sclérose développés aux dépens des espaces portes, mais il nous renseigne moins bien que la péritonéoscopie sur l'état anatomique exact du foie.

B - Les cirrhoses hypertrophiques (70 cas)

1 / la péritonéoscopie a été faite pour les raisons suivantes :

- 30 fois pour préciser les caractères d'un gros foie perçu à la palpation, en particulier pour savoir s'il s'agissait d'un gros foie alcoolique sans cirrhose ou d'une cirrhose confirmée.
- 2 fois pour rechercher une tuberculose péritonéale chez un malade ascitique
- 4 fois pour éliminer un néoplasme éventuel greffé sur une cirrhose
- 6 fois pour trancher entre une cirrhose simple et une cirrhose pigmentaire
- 6 fois pour préciser l'étiologie d'une cirrhose
- 7 fois en présence d'une hémorragie digestive
- 4 fois pour déterminer l'étiologie d'un trouble de l'état général
- 3 fois en présence d'une douleur de l'hypocondre droit
- 6 fois en présence d'un ictère.

2 / L'aspect du foie est bien classique

- il est augmenté de volume, sa consistance est dure

- son bord antérieur est tantôt arrondi, tantôt tranchant, se dégageant nettement des organes sous-jacents. Il peut plonger verticalement sous l'épiploon. C'est alors toute la face supérieure du foie, fortement convexe, qui forme sa limite inférieure.
- Cet aspect explique que nombre de gros foies échappent à l'examen clinique car il peut être impossible au travers d'une paroi épaisse de saisir leur limite inférieure.
- La surface est typiquement nodulaire, mais la taille des nodules est très variable d'un malade à l'autre. Ils vont du grain de riz à la noisette : ce qui est caractéristique, c'est la régularité de taille et la répartition partout égale de nodules.
- Dans son ensemble, le foie est plus clair que normalement. Il est gris roux, rose, parfois jaune clair. Les nodules sont souvent plus roses que la sclérose.

3 / Mais la couleur du foie est souvent difficile à préciser du fait d'une périhépatite.

- Cette périhépatite peut se présenter sous plusieurs aspects

a) soit un enduit plus ou moins épais, recouvrant la surface du foie, adhérent, de teinte jaune ou grisâtre, d'aspect translucide, plus ou moins uniformément réparti. Il semble s'agir d'un épaississement fibrineux de la capsule. Il ne nous semble pas qu'il existe un rapport entre la présence de cette capsulite, la présence du liquide d'ascite ou l'évolution de la cirrhose.

b) soit la périhépatite ponctuée :

C'est là un aspect très particulier que nous avons rencontré nombre de fois.

Sur la surface du foie existent des nodules gros comme des grains de mil, de couleur blanchâtre ou jaune clair, brillants, semblant enchassés dans le foie. Ils adhèrent fortement au parenchyme, la lampe ne peut les écarter, ils peuvent saupoudrer le foie, mais souvent ils

sont plus rares et existent surtout au niveau du sillon du ligament rond.

- Le diagnostic de cette périhépatite ponctuée se discute

a) avec celui de la carcinomatose péritonéale.

Mais dans ce cas, il existe des nodules sur le péritoine. De plus leur consistance est très dure, ils sont friables et il est bien rare que leur palpation par la lampe ne déclenche pas une petite hémorragie.

b) Beaucoup plus difficile est le diagnostic avec la tuberculose miliaire hépatique.

- quand il existe une tuberculose péritonéale connue ou encore une tuberculose miliaire, comme dans un de nos cas, le diagnostic est facile.

Péritonéoscopie n° 57 : Mme POU ... présentait des antécédents tuberculeux importants (mal de Pott et miliaire pulmonaire). La péritonéoscopie montrait un foie recouvert de petits nodules jaunâtres caractéristiques d'une tuberculose hépatique.

- dans d'autres cas, il devient impossible et nous avons bien l'impression que beaucoup de tuberculoses hépatiques, décrites ces dernières années après laparoscopie, sont en fait ce que nous appelons " la périhépatite ponctuée ".

Devant un tel aspect de cirrhose hypertrophique, la ponction biopsie nous a paru inutile dans la majorité des cas; nous ne l'avons faite que lorsqu'un doute existait entre cirrhose banale et cirrhose bronzée.

Nous rejoignons là les idées exprimées par CAROLI. On devrait grâce à la ponction biopsique, déterminer le type de cirrhose, juger de l'évolutivité ... mais cet espoir est loin d'être réalisé.

1°/ en cas de cirrhose, la ponction biopsie est souvent contre-indiquée ou dangereuse en raison des troubles de la crase sanguine d'une ascite importante ...

2°/ le fragment est trop peu important, aussi bien en longueur qu'en largeur, pour une étude valable des lésions.

C - Les cirrhoses atrophiques (2 cas)

1 / Les cirrhoses atrophiques nous ont paru beaucoup plus rares, -- deux cas seulement alors que nous trouvons 49 cirrhoses hypertrophiques. J.F. MARTIN et ses collaborateurs font la même constatation : 163 gros foies sur 190 observations. CAROLI observe l'inverse : l'atrophique est huit à dix fois plus fréquente que l'hypertrophique dans sa statistique hospitalière " Rapports présentés au 32ème Congrès de Lausanne 1959 ".

2 / Mais il faut noter :

- a) que l'hyperplasie hépatique n'est parfois que la première étape d'une cirrhose atrophique sévère ou mortelle.
- b) que nous n'avons peut-être pas le recul nécessaire pour suivre l'évolution des différentes cirrhoses vues en péritonéoscopie, notre travail datant seulement de deux ans.

3 / Voici le compte-rendu laparoscopique de ces deux malades.

Péritonéoscopie n° 120 : Mr EM ... : le foie était entièrement recouvert par l'épiploon qu'il fallait dégager. Il était petit, clouté.

C'était l'aspect typique de la cirrhose atrophique à petits nodules.

Péritonéoscopie n° 127 : Mme ROU ... : la péritonéoscopie était difficile car le foie était rétracté. Il était atrophique dans son ensemble, décollé de la vésicule, qui de ce fait paraissait volumineuse. Son bord antérieur était très aminci, relevé en visière de casquette. La consistance était ferme sans être dure, la surface claire, rose, nodulaire.

En conclusion des cirrhoses alcooliques, nous voudrions insister sur deux faits :

1°/ La péritonéoscopie ne nous a pas paru apporter grand argument pour juger de l'importance de la circulation collatérale intra-abdominale. Il est facile de constater l'hypervascularisation du ligament rond, mais par contre il est difficile d'apprécier exactement la taille et l'importance des veines épiloïques, de même qu'il est difficile de voir la rate quand la porte d'entrée a été faite pour explorer le foie. Par contre la circulation collatérale de la paroi est très visible par transillumination.

2°/ La discordance entre les tests fonctionnels et les données laparoscopiques, déjà soulignées par plusieurs auteurs en particulier FAUVERT et MARTIN.

a) Les tests de floculation sont souvent perturbés alors que l'examen endoscopique nous montre des lésions importantes.

- Nous pouvons prendre comme exemple 51 de nos malades porteurs de lésions cirrhotiques.

. 21 présentaient des tests perturbés avec un Mac Lagan variant de 30 à 78, un Gros de 1 cc à 1 cc85, un Hanger plus ou

moins positif

. 30 présentaient des tests pratiquement normaux malgré des lésions graves au niveau du foie.

- b) L'élimination de la Bromo-Sulfone-Fhtaléine est beaucoup plus fidèle. Il est très fréquent de trouver une rétention importante au bout de 45 minutes malgré des tests de floculation non perturbés.
- c) L'importance de la perturbation de ces différents tests n'est pas non plus en rapport avec le degré de gravité de la cirrhose.

HEMOGROMATOSE

Nous avons découvert 3 cas d'hémocromatose (soit 0,93%).

1 / Nous avons observé 2 foies d'hémocromatose congénitale certaine

- Cliniquement le diagnostic avait été évoqué devant l'association d'une mélanodermie et d'un gros foie.
- En laparoscopie nous avons fait le diagnostic sur les arguments suivants :
 - . Caractère massif de l'hépatomégalie : le foie est globuleux, le sillon du ligament rond est très profond.
 - . Couleur rouille de la surface hépatique
 - . Couleur rouille du cylindre hépatique prélevé à la ponction biopsie.
- Dans les deux cas le diagnostic fut confirmé par la ponction biopsie, qui montra du pigment ferrique dans les cellules hépatiques, dans les cellules conjonctives et dans les cellules de Kupfer.
- Voici ces deux observations :

Péritonéoscopie n° 75 : Mr HUG ... était un malade de 31 ans venu consulter pour altération de l'état général.

A l'examen on était frappé par la pigmentation bistre, presque métallique de la peau et par une énorme hépatomégalie. Les tests hépatiques étaient normaux et il n'existait pas de diabète.

La péritonéoscopie montrait une énorme hypertrophie hépatique portant sur les deux lobes, la surface était nodulaire avec nodules saillants et assez gros. La consistance était franchement dure, mais surtout la teinte était rouge sombre - rouille.

La ponction biopsie montrait

- . une cirrhose développée aux dépens des espaces de Kiernan,
- . une altération des cellules hépatiques, dont les noyaux étaient volumineux,
- . un dépôt de pigments ferriques dans ces mêmes cellules.

Péritonéoscopie n°229 : Mr LEC ... était un malade de 36 ans, qui présentait depuis quelques semaines plusieurs accès fébriles à 40° de type palustre. L'examen montrait une hépatomégalie assez considérable, solitaire mais accompagnée d'une pigmentation qui faisait évoquer le diagnostic d'hémochromatose.

La péritonéoscopie montrait un foie nettement augmenté de volume, globuleux. Les sillons du ligament rond étaient très profonds, le lobe caudé très hypertrophié. La surface était lisse, de teinte caractéristique rouge sombre. La ponction biopsie dirigée sur le lobe droit retirait un fragment ayant la teinte rouille de l'hémochromatose.

L'examen histologique notait un élargissement des espaces de Kiernan, et des travées fibreuses fines ou épaisses dissociaient le parenchyme. Les cellules avaient des noyaux arrondis, petits, irréguliers. Le pigment ferrique était très abondant, tant dans les cellules mésenchymateuses des espaces de Kiernan que dans les cellules épithéliales hépatiques.

2 / Un foie hémochromatosique qui nous a semblé être plutôt une hémochromatose secondaire à une cirrhose alcoolique qu'une hémochromatose congénitale.

Péritonéoscopie n°305 : Mr LECO ...

a) Les signes cliniques étaient les suivants chez un homme de 61 ans :

- . Teinte bistre des téguments,
- . Foie augmenté de volume, mais modérément, seul le lobe gauche était nettement perçu et débordait de 3 cm
- . Existence d'un diabète,,d'apparition récente avec altération de l'état général,
- . Apparition quinze jours après le début de l'hospitalisation d'une ascite avec oedème des membres inférieurs.

b) En péritonéoscopie

- . Le bord antérieur du lobe droit était aminci, tranchant, dur comme la pierre, sa surface nodulaire
- . Le lobe gauche était vu en fuite par sa face supérieure convexe et verticale avec un bord antérieur disparaissant sous l'épilocon. Cette surface était moins nettement

nodulaire qu'à gauche. Elle était gris rose et n'avait pas la teinte rouille caractéristique de l'hémochromatose. Mais il existait une capsulite qui pouvait gêner l'appréciation des couleurs.

- . En effet le fragment biopsique (sur le lobe droit) avait la teinte caractéristique de l'hémochromatose.

c) La ponction biopsique permet de constater un dépôt de pigments ferriques dans les cellules hépatiques et les cellules de Kupfer.

Ainsi dans cette observation l'histoire clinique et plus spécialement l'évolution vers l'ascite était en faveur d'une hémochromatose; l'aspect endoscopique du foie (foie clouté peu hypertrophié) nous avait permis de conclure dans ce sens malgré les données histologiques.

gravissime avec coma hépatique. Le traitement cortisonique sauvait la vie du malade.

La laparoscopie montrait un foie petit, très scléreux, au bord antérieur très mince, à la surface ravinée, mais non nodulaire, recouverte d'une épaisse capsulite. La face inférieure était rose pâle, la vésicule paraissait normale.

b) Les atrophies subaigues (1 cas)

Péritonéoscopie n° 292 : Madame HU ... avait été brulée en Novembre 1959 et avait eu des transfusions. Un mois après elle présentait un ictère qui depuis évoluait par rechutes.

La péritonéoscopie faite six mois plus tard était très difficile. Le foie était difficilement accessible, rétracté sous le grill costal, loin derrière le ligament rond. Il était très petit, de teinte chamois, de consistance ferme. Tout le lobe droit était réuni à la paroi par des adhérences sur le lobe gauche, donnant un aspect " érigné ".

c) Les cirrhoses macro-nodulaires post-atrophiques (3 cas)

Péritonéoscopie n°156 : Monsieur HEB ... avait présenté en Décembre 1957 un ictère suivi d'ascite. Tout était rentré dans l'ordre et le diagnostic de cirrhose alcoolique avait été porté. Il était venu nous voir pour la première fois en Décembre 1959.

La laparoscopie montrait un foie très particulier. Le lobe droit était très hypertrophié. Il présentait de grosses irrégularités au niveau de son bord interne, le long du ligament rond et de sa face inférieure. Le lobe gauche était remarquable

car il était segmenté en plusieurs gros nodules: " foie pomme de terre ". Sa teinte était très claire, sa consistance très dure. L'aspect du foie n'était pas celui d'une cirrhose éthylique mais bien celui, classique, des cirrhoses post-hépatitiques macro-nodulaires.

Le diagnostic différentiel avec la cirrhose alcoolique est difficile ; ni le volume, ni la couleur peuvent nous aider. Les bosselures ne sont pas toujours grosses. Les éléments importants sont leur répartition inégale et le mélange de petites et de grosses bosselures. De même la présence de bandes fibreuses et de cicatrices étoilées sont d'un grand recours.

2°/ LES CANCERS DU FOIE

Nous en avons observé ;

- 19 cancers du foie proprement dit, (soit 5,9%)

• Cancers secondaires 17 cas (soit 5,3 %)

• Cancers primitifs 2 cas (soit 0,6 %)

Et les symptômes qui nous ont conduit à faire une péritonéoscopie sont :

tantôt la découverte d'un gros foie : 7 cas

une altération de l'état général : 3 cas

une ascite : 1 cas

un ictère : 4 cas

tantôt c'est une recherche systématique pour un cancer viscéral. L'endoscopie nous a permis de découvrir quatre fois une métastase hépatique sur 19 malades.

- un cancer de la vésicule (soit 0,3 %)

- enfin, plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'examiner le foie au cours de maladie du système réticulo-endothélial : six cas (soit 1,8 %).

A - Les cancers secondaires (17 cas)

1 / Ils sont de loin les plus fréquents et l'aspect est caractéristique.

- Le foie est très augmenté de volume. Contrairement aux auteurs, il n'y a pas de périhépatite, souvent le grand épiploon le recouvre et il faut le récliner avec patience pour dégager le foie. Il est irrégulièrement truffé de nodules à l'aspect très évocateur. Ce sont des tumeurs du volume d'un noyau de cerise à celui d'un oeuf, leur teinte est blanchâtre, leur base entourée d'une auréole congestive, leur nombre variable. Ils siègent sur la face supérieure, le bord convexe, mais il est souvent nécessaire d'explorer la face inférieure.

Péritonéoscopie n° 99 : Mme LEV ... présentait un foie de teinte claire, sa surface était irrégulière, vallonnée. Sur le lobe gauche, la face supérieure, le rebord du ligament triangulaire, existait un nodule gros comme une lentille de teinte jaunâtre, entouré de rouge.

- Souvent la surface est cratériforme avec saignement au contact.

Péritonéoscopie n°194 : Mr ZA ... présentait un énorme foie de teinte normale. Il existait un nodule sur le lobe droit; au bord antérieur du ligament rond, un gros cratère sur le lobe gauche.

- Parfois, il existe de grosses nodosités d'une dureté ligneuse.

Péritonéoscopie n° 27 : Mr DA ... présentait un ictère et une augmentation de volume du foie considérable.

L'examen péritonéoscopique était très difficile en raison du volume hépatique et la porte d'entrée ne pouvait se faire que dans la fosse iliaque gauche. Le foie était de teinte verte. Au niveau du lobe gauche, il existait de nombreux noyaux métastatiques de teinte claire, d'une extrême dureté au contact. Le grand épiploon avait un aspect bourgeonnant.

2 / Le diagnostic différentiel se pose avec la capsulite nodulaire.

- Dans la capsulite nodulaire, les nodules sont aplatis, arrondis, d'un demi à un centimètre de diamètre, parfois moins, de teinte blanchâtre et simulant parfaitement un cancer du foie surtout s'ils sont situés sur le dome hépatique et vus de loin. Le diagnostic peut être tranché par la palpation, les nodules de capsulite sont mous et ne saignent pas au contact.

- Mais il faut reconnaître que c'est un des problèmes endoscopiques les plus angoissants, en particulier quand la péritonéoscopie est demandée par le chirurgien, pour savoir s'il existe ou non une contre-indication opératoire.
- Nous voulons rapporter ici l'observation d'une malade de 63 ans, hospitalisée pour mauvais état général et gros foie.

Péritonéoscopie n° 1 (ville) : il existait près du ligament falciforme et à la surface du foie des placards arrondis d'un demi centimètre de diamètre, translucides, adhérents. Une ponction à l'aiguille avait montré de grandes cellules réticulaires.

La suite de l'observation devait nous montrer qu'il s'agissait d'une myélomatose diffuse.

B - Les cancers primitifs (2 cas)

- Le diagnostic est facile quand il existe un nodule volumineux, bourgeonnant, entouré de toute une série de nodules plus petits et pleiochromiques.
- En fait, il semble que ces cas soient très rares et dans nos deux observations, le problème était beaucoup plus difficile.

Péritonéoscopie n° 7 : Mme OLI ... Il s'agissait d'une malade de 65 ans qui depuis un mois présentait des troubles très importants de l'état général. L'examen clinique montrait une énorme hypertrophie hépatique, foie dur et douloureux, avec épreuves biologiques normales.

La laparoscopie nous montrait que l'hypertrophie portait essentiellement sur le lobe droit. Le foie était de teinte claire; le bord antérieur arrondi, subtilement déformé était bosselé par des nodules irréguliers siégeant surtout près du bord mais restant enfouis dans le parenchyme hépatique. En particulier, il n'existait pas de taches de bougie blanchâtres caractéristiques de nodules secondaires.

Mais nous ne sommes pas certains du caractère primitif de ce cancer, en effet nous n'avons pu faire un examen biopsique.

Péritonéoscopie n° 2 (ville): Mr DAR ... âgé de 65 ans, présentait une masse abdominale descendant dans la fosse iliaque droite alors que le coecum était normal à la radio.

A la péritonéoscopie, l'épiploon recouvrait cette masse. En le réclinant, on l'apercevait appendue à la face inférieure du foie. Il s'agissait sûrement d'un cancer primitif mais nous n'avions pas fait de biopsie par crainte d'une hémorragie, la masse saignant au contact.

C - Cancer vésiculaire (1 cas)

- Nous relatons la seule observation d'un cancer de la vésicule.

Péritonéoscopie n° 36 : Mme LEC ... âgée de 66 ans, présentait un ictère nu depuis quelques jours et la palpation abdominale montrait une masse sous-costale droite de la grosseur d'un marron d'inde.

L'endoscopie découvrait un foie cirrhotique, granité, marqueté de vert avec un noyau métastatique à sa surface. La vésicule était blanche, à paroi épaisse, un peu bosselée, d'une dureté de pierre. Elle adhérait fortement au bord antérieur du foie et à ce niveau, nous retrouvions cette dureté ligneuse.

L'intervention confirmait notre diagnostic et la malade vue un an après allait bien.

D - Foies au cours de maladies du système réticulo-endothélial - (6 cas)

Nous avons examiné le foie :

1°/ d'une maladie de Hodgkin.

Péritonéoscopie n° 142 : Mr BUS ... : le foie était énorme, de couleur normale. Sa surface était régulière, sans sciérose. La souplesse à la palpation était conservée mais le foie était parsemé de taches blanchâtres.

2°/ de trois splénomégalies myéloïdes.

Péritonéoscopie n° 4 : Mr FRE ... : la rate était hypertrophiée, recouverte d'une travée de capsulite. Le foie était augmenté de volume, de couleur normale, le bord antérieur était moussu.
La ponction biopsie montrait une métaplasie myéloïde avec présence de myéloblastes, d'érythroblastos, de mégacaryocytes.

3°/ d'un sarcome dictiocyttaire.

Péritonéoscopie n° 308 : Mme LEVER ... présentait un éléphantiasis de la cuisse droite apparu depuis six mois à la suite d'une phlébite. A l'examen, il existait un volumineux ganglion du triangle de Scarpa dont l'examen histologique avait révélé un dictiosarcome. La péritonéoscopie montrait un très gros foie de teinte rouge, mou à la palpation, sans nodules à la surface.
La ponction biopsique sur le foie indiquait : infiltrat graisseux sans cellules néoplasiques visibles.

4°/ d'une glycogénose hépatique.

Péritonéoscopie n° 24 : Mr GER ... Ce malade présentait

- une polyglobulie à 6.500.000
- une énorme hépatomégalie
- un coeur énorme
- des images pulmonaires réticulo-nodulaires très marquées au niveau des hilcs, allant en s'estompant vers la périphérie.

Les diagnostics évoqués et rejetés furent

- ceux de silicose compliquée de défaillance cardiaque,
- de polyglobulie de Vaquez compliquée de thrombose des veines sus-hépatiques; mais les examens hématologiques avaient éliminé ce diagnostic.

La laparoscopie montrait un foie considérablement hypertrophié, à bord mousse, de teinte claire avec piqueté plus foncé, de surface lisse. La rate était volumineuse. Son aspect et sa couleur étaient normaux. Il n'existait aucune circulation collatérale ni au niveau du ligament rond, ni du péritoine pariétal ou viscéral.

Finalement, c'était la ponction-biopsie qui devait montrer l'existence d'énormes vacuoles de glycogène entre les cellules hépatiques et conduire au diagnostic de glycogénose.

3°/ MALADIE POLYKYSTIQUE DU FOIE

Deux fois en trois semaines, nous avons eu l'occasion et la chance de faire endoscopiquement le diagnostic de maladie polykystique du foie (soit dans 0,6% des cas).

1 / La première observation est celle d'une malade âgée de 53 ans.

Péritonéoscopie N° 3 (ville) : Mme JANnous avait été envoyée pour des accès fébriles à 40°. En l'examinant, nous avons eu la désagréable surprise de trouver un énorme foie dépassant l'ombilic et présentant à sa surface des bosselures grosses comme des oeufs.

Le diagnostic de cancer fut, sans attendre, refuté par la malade qui annonça que ce diagnostic avait été porté cinq ans plus tôt en Belgique. Cliniquement, nous pouvions penser à une cirrhose post-hépatitique à gros nodules, mais la bonne conservation de l'état général et la grosseur du foie plaidaient contre ce diagnostic.

La péritonéoscopie leva immédiatement tous les doutes en montrant un foie polykystique typique. Tout le parenchyme hépatique était remplacé par une multitude de kystes translucides, bleutés, finement vascularisés dont la taille allait de celle d'un oeuf à celle d'une lentille. La dureté de ces kystes sous tension était considérable.

Grâce à un traitement antibiotique, la malade guérit de sa fièvre par ailleurs inexpliquée, mais malheureusement elle n'acceptait pas de se soumettre à d'autres examens en vue de préciser l'existence d'un rein polykystique associé. Revue un an après, elle allait toujours fort bien.

2 / la seconde observation concernait un homme de 63 ans.

Péritonéoscopie n° 4 (ville) : Mr LEP ... Depuis 18 ans, cet homme avait un cedème des membres inférieurs. Il nous fut montré trois semaines après la malade dont l'histoire est racontée ci-dessus, pour préciser l'étiologie d'une hépatomégalie considérable dépassant l'ombilic et descendant jusque dans les deux fosses iliaques. L'aspect nodulaire de ce foie contrastant avec la lenteur de l'évolution et la bonne conservation de l'état général, nous fit porter le diagnostic clinique de foie polykystique.

La péritonéoscopie le confirma en montrant des images comparables à celles de l'observation précédente. Là encore, chez ce malade habitant MANTES et en villégiature à CAEN, nous n'avons pu rechercher l'existence d'une maladie polykystique des reins.

4°/ LE CANCER DU PANCREAS

Nous avons observé 26 cas de cancer du pancréas (soit 8,11 %)

- 1 - Le signe clinique qui nous a amené à faire la péritonéoscopie est l'ictère:
ictère nu datant de quelques jours ou de quelques semaines, avec atteinte plus ou moins importante de l'état général.
- 2 - Les raisons qui nous ont conduits à pratiquer cet examen sont de deux ordres :
 - a) juger de l'opérabilité.
 - b) convaincre le malade d'une intervention palliative de dérivation, ce qui nécessite un diagnostic certain.
- 3 - Le diagnostic est porté sur les arguments suivants :
 - a) le foie vert de cholostase
 - b) la grosse vésicule, volumineuse, à paroi translucide, bleutée, au fond élargi. Cette vésicule est typiquement tendue, le palpeur rebondi à sa surface, mais il faut reconnaître que les données de cette palpation instrumentale sont parfois difficiles à interpréter, et son aspect nous a conduits à deux erreurs :

Péritonéoscopie N° 243 : Mme COS ... cette malade de 71 ans présentait un ictère depuis trois mois. Il s'était installé insidieusement et s'accompagnait d'une altération considérable de l'état général. Cliniquement le diagnostic de cancer du pancréas était probable.
La péritonéoscopie confirma le diagnostic en révélant une énorme vésicule distendue.
Mais l'intervention chirurgicale permit de constater qu'il s'agissait d'une lithiase cholécystienne avec hydrocholécyste.

Péritonéoscopie n° 1 : Mr GUE ... ce malade présentait depuis 6 mois un ictère installé progressivement accompagné de troubles de l'état général, précédé d'un état grippal d'une durée de 8 jours environ. A l'examen il existait un état subfébrile, un gros foie dur. La radio vésiculaire était normale. Nous pensions à une cirrhose cholestastique.

La laparoscopie découvrait un gros foie, de surface irrégulière, manifestement scléreux, au bord inférieur tranchant et rigide. Il existait des petits nodules verts foncés, mais l'ensemble du foie avait une teinte claire. On ne pouvait examiner la région vésiculaire qui était cachée par des adhérences inflammatoires. L'importance de ce système adhérentiel faisait penser à une cirrhose cholestastique d'origine lithiasique. Mais l'intervention montrait des lésions cancéreuses très évoluées et l'examen histologique faisait découvrir un épithélioma de l'ampoule de Vater.

- c) les métastases hépatiques bien caractéristiques par leur blancheur sur le fond vert de foie cholestastique.

4 -Voici quelques observations

Péritonéoscopie n° 48 : Mr RIV ... présentait un ictère nu depuis un mois précédé de quelques douleurs épigastriques et d'un amaigrissement important.

L'endoscopie montrait un gros foie de cholestase, une vésicule énorme tendue, débordant largement le bord inférieur du foie. L'obstruction néoplasique était confirmée par l'intervention

Péritonéoscopie n° 178 : Mr MAI ... présentait un ictère nu depuis 5 semaines précédé d'une période pré-ictérique de 4 à 5 jours, un amaigrissement de 6 à 8 Kg. La laparoscopie montrait un gros foie de cholostase, de teinte uniforme sans nodule visible avec une très grosse vésicule distendue. L'intervention confirmait le cancer du pancréas.

Péritonéoscopie n° 186 : Mr ANG ... présentait un ictère intense depuis trois mois avec prurit rebelle et biologie de rétention. La laparoscopie faisait découvrir un gros foie de cholostase, une grosse vésicule distendue. On notait une dilatation considérable des veines des ligaments de l'estomac, témoin sans doute, d'une hypertension portale.

5° / LA LITHIASSE CHOLEDOCIENNE

Nous disposons relativement de peu de péritonéoscopies sur la lithiasse du cholédoque, 6 cas sur 320 (soit 1,87%).

1 - Dans la règle le diagnostic de lithiasse est facilement posé cliniquement devant :

- les accès d'angiocholite,
- l'ictère fugace,
- la cholangiographie intra-veineuse.

2 - La péritonéoscopie a été faite chaque fois que le diagnostic hésitait entre :

- lithiasse et hépatite
- lithiasse et cancer.

3 - Typiquement le diagnostic est fait :

- sur le foie vert de cholostase
- la vésicule scléro-atrophique : " l'atrophie inflammatoire de la vésicule en cas d'ictère par rétention ne se rencontre que dans la maladie lithiasique " (CAROLI)

Péritonéoscopie n° 190 : Mme MEN ... présentait depuis 8 jours un ictère sans fièvre, ni frisson et biologie normale.

La péritonéoscopie découvrait un foie vert de cholostase, modérément hypertrophié ne comportant ni cirrhose, ni nodule néoplasique. La vésicule était atrophique, adhérente à la face inférieure du foie, mais restant libre de tout adhérence péritonéale, semblant contenir des calculs.

Le diagnostic de lithiasse du cholédoque, dans une forme atypique non angiocholitique, est fortement

suspecté, malheureusement la malade refusait l'intervention.

Péritonéoscopie n° 282 : Mr PIT ... âgé de 70 ans, présentait depuis 15 jours un ictère peu variable, précédé d'une crise douloureuse.

La péritonéoscopie montrait un foie vert foncé, une vésicule lithiasique atrophique, lardacée, contenant des calculs.

Péritonéoscopie n° 10 : Mr BRU ... 78 ans, avait présenté en 1946 un ictère fugace, avec rechute en août 58, accompagné de trois crises de coliques hépatiques.

La laparoscopie était pratiquée en décembre 1958.

A cette époque, le malade était en voie de déjaunissement et les épreuves fonctionnelles étaient normales.

- le foie était cirrhotique, de teinte claire, sans nodule cancéreux.

- la vésicule était scléro-atrophique et la palpation réveillait une vive douleur.

Les diagnostics envisagés étaient :

- une cirrhose cholostatique d'origine lithiasique,

- malgré la teinte claire du foie.

- une cirrhose post-ictérique.

- une cirrhose éthylique.

L'intervention confirma notre première impression en montrant un calcul du cholédoque.

4 - Le diagnostic est parfois plus difficile, l'aspect de la vésicule pouvant être très différent.

a) le moignon atrophique est souvent difficile à voir, caché au milieu d'adhérences.

Péritonéoscopie n° 170 : Mme BAN ... 56 ans, présentait depuis deux ans, des crises douloureuses de l'hypocondre droit avec température. Depuis 15 jours, nouvelle crise accompagnée d'un ictère.

La péritonéoscopie ne laissait voir que le lobe gauche qui était vert foncé, et une partie du lobe droit. Tout le reste était caché par le grand épiploon, réuni à la paroi par des adhérences inflammatoires.

De ce fait, il était impossible de récliner l'épiploon et de voir la vésicule. Mais l'existence de ces adhérences était, autant que la symptomatologie clinique, un argument formel en faveur d'une lithiase cholécystienne que confirma l'intervention : volumineux calcul enclavé avec péritonite biliaire. L'évolution fut dramatique, la malade mourut quelques jours après.

- b) parfois l'aspect ni du foie, ni de la vésicule n'apporte d'arguments en faveur d'une lithiase.

Péritonéoscopie n° 190 : Mme MES ... présentait des crises de coliques hépatiques avec température et ictère depuis 4 ou 5 ans. Le diagnostic clinique de lithiase était certain, la cholangiographie intra-veineuse montrait une vésicule exclue avec un cholédoque très large.

La péritonéoscopie montrait un foie de couleur et de consistance normales, la vésicule débordait le bord inférieur du foie, elle n'était pas inflammatoire.

L'intervention confirmait le diagnostic clinique.

- c) la vésicule peut être scléro-hypertrophique. Cet aspect est très rarement rencontré; il est souvent source d'erreurs de diagnostic avec le cancer du pancréas comme dans le cas rencontré au cours d'une intervention déjà signalée (péritonéoscopie n° 243). L'aspect de la vésicule nous avait fait porter le diagnostic du cancer du pancréas alors qu'il s'agissait d'une lithiase.

- 5 - Dans le cadre de la lithiase nous rapportons l'observation privilégiée d'une obstruction cholédocienne par hémobilie due à une lithiase vésiculaire.

P*ritonéoscopie n° 310 : Mr PRE ... présentait des accès d'angiocholite et un ictère depuis trois semaines. Il nous était adressé pour hémorragie intestinale. Le diagnostic clinique de lithiase vésiculaire était fortement suspecté, mais l'origine de l'hémorragie restait indéterminée.

La péritonéoscopie découvrait un très gros foie de cholostase, rouge sombre, moucheté de vert, sans aucun nodule à sa surface, une vésicule inflammatoire reliée par des adhérences serrées et congestives à la face inférieure du foie.

L'intervention montrait une vésicule lithiasique contenant une dizaine de calculs polyédriques dont l'un avait ulcéré l'artère cystique qui saignait abondamment dès l'ouverture de la vésicule.

L'obstruction des voies biliaires était due à la migration de caillots de sang, la radiométrie per opératoire nous confirma, en effet, l'absence de calcul dans le cholédoque.

6° / LES HEPATITES VIRALES

Nous avons fait le diagnostic d'hépatite virale dans 15 cas (soit 4,63%).

1 / Ce faible nombre s'explique :

- Nous n'avons fait de péritonéoscopie que quand le diagnostic était douteux du fait de la négativité ou de la faible positivité des réactions de floculation, ou quand nous avons voulu montrer dans un but d'enseignement pour les étudiants, un foie d'hépatite.
- D'autre part, il faut reconnaître que n'arrivent à l'hôpital que les hépatites prolongées ou sévères.

2 / Pour faire le diagnostic, nous nous sommes appuyés sur la loi du chromo-diagnostic de Kalk qui s'est trouvée vérifiée dans 14 cas : LE FOIE EST CLAIR, même si la cholémie est élevée.

Péritonéoscopie n° 126 : Mr MEM ... présentait un ictère datant de un mois, précédé de douleurs hépatiques avec altération de l'état général. Les épreuves biologiques étaient très perturbées.

La péritonéoscopie montrait un foie de volume normal, avec un bord antérieur mousse, la surface était granitée, mais surtout la teinte était claire.

Péritonéoscopie n° 125 : Mr LAC ... présentait depuis dix jours un ictère précédé d'une douleur de l'épaule gauche. Les réactions de floculation étaient normales. La péritonéoscopie montrait un foie de teinte marron clair et une vésicule normale.

Péritonéoscopie n° 215 : Mme BUR ... présentait un ictère récent précédé de 15 jours de fièvre avec épreuves biologiques peu démonstratives.

La péritonéoscopie découvrait un foie globuleux, à bord antérieur mousse, à surface lisse. Sa teinte était très claire, la vésicule normale.

3 / L'exception, qui peut conduire à une erreur de diagnostic, est représentée par une hépatite à forme cholostatique pure dont nous relatons l'observation.

Péritonéoscopie n° 174 : Mme PAR ... Il s'agissait d'une jeune femme de 35 ans, hospitalisée en décembre 1959 pour un ictère apparu fin octobre, précédé d'une période fébrile avec clochers thermiques à 40°. Cette malade était enceinte de quatre mois et on notait dans les antécédents un ictère de trois semaines en 1948. A l'examen, le foie était un peu gros, la pigmentation cutanéomuqueuse intense. La laparoscopie montrait un foie volumineux au bord antérieur globuleux, de surface lisse. Sa consistance était molle, la vésicule flasque collée à la face inférieure du foie. Le diagnostic d'hépatite cholostatique pure était porté sur l'association des symptômes cliniques et des données laparoscopiques.

Cependant, pour éliminer de façon certaine une obstruction mécanique pouvant recevoir une sanction chirurgicale, on demandait l'intervention. Celle-ci confirma les données de la péritonéoscopie, en particulier en ce qui concernait la flaccidité de la vésicule. Une cholangiographie per-opératoire confirmait l'intégrité des voies biliaires. Une cholecystostomie était faite, et

fut maintenue trois mois sans résultat.

Huit mois après le début de l'ictère, la malade a un excellent état général mais elle est toujours aussi jaune.

En conclusion, si la loi du chromo-diagnostic se trouvait ici en défaut, il faut cependant admettre que c'est la péritonéoscopie qui permet de faire le diagnostic en montrant la flaccidité de la vésicule.

7°/ CANCER DU PERITOINE

Nous avons observé huit cas de cancer du péritoine (soit 2,49 %) se présentant sous deux aspects :

- métastase épiploïque : 5cas
- carcinomatose péritonéale : 3cas

1 / Métastase épiploïque

La péritonéoscopie était demandée pour rechercher l'étiologie d'une masse abdominale, d'allure cliniquement néoplasique, mais dont l'origine était impossible à déterminer, en effet, les radiographies d'estomac et d'intestin ne montraient aucune lésion.

Péritonéoscopie n° 5 (ville) Mme PER ... présentait depuis trois mois une tuméfaction dure, sous costale gauche, mobile avec les mouvements du malade. Cliniquement, on discutait une tumeur d'origine hépatique, ou colique, ou pancréatique.

La péritonéoscopie devait éliminer tous ces diagnostics en montrant un grand épiploon qui ne formait plus qu'une masse néoplasique, indurée, bourgeonnante, avec nombreuses végétations saignant au contact.

Péritonéoscopie n° 184 : Mme BER ... Cette malade de 40 ans était venue consulter pour une constipation de plus en plus importante. L'abdomen était distendu. Le toucher vaginal associé au toucher rectal montrait une masse bloquant le petit bassin, le lavement baryté un arrêt à la jonction recto-sigmoïdienne.

La péritonéoscopie montrait une énorme masse d'allure mixte, occupant tout le grand épiploon: masse bleutée à certains endroits donnant l'im-

pression d'un kyste, végétante à d'autres. Elle semblait se poursuivre vers la partie droite du petit bassin à une masse pelvienne identique. L'intervention devait vérifier les données laparoscopiques en montrant un kyste de l'ovaire dégénéré avec métastase épiploïque.

2 / Carcinomatose péritonéale

Elle est caractérisée par de petits nodules blanchâtres, dépolis, irréguliers, siégeant sur le péritoine pariétal; plus rarement sur le péritoine viscéral. Elle atteint avec prédilection le ligament large, et le grand épiploon est souvent néoplasique. De plus, la laparoscopie permet de rapporter cette carcinose péritonéale à sa cause.

Péritonéoscopie n° 140 : Mme LEC ... présentait depuis 1 mois une ascite isolée, très riche en albumine.

La péritonéoscopie montrait un foie très particulier, chamois, gris sale, avec piqueté un peu plus foncé; une rate volumineuse. Dans le petit bassin, tout le long du rectum et du sigmoïde, il existait une prolifération de borgeons gros comme des noisettes, parfois isolés, parfois rassemblés en choux fleurs, très durs, hémorragiques au contact. Nous pensions qu'il s'agissait d'une épithélioma germinatif de l'ovaire avec thrombose du tronc porte mais l'examen nécropsique un mois après montrait un cancer de l'estomac avec métastase ovarienne de Kruckenberg.

Péritonéoscopie n° 157 : Mme LEG ... avait été opérée d'un cancer du sein en 1958 et revenait pour ascite.

La péritonéoscopie montrait des masses abdominales molles superficiellement, dures en profondeur,

recouvertes par un péritoine sensiblement normal en dehors de quelques phlyctenes. La paroi avait un aspect marbré, gélatineux, évoquant une métastase péritonéale diffuse. Au niveau du petit bassin, gros bloc néoplasique dont l'utérus et le colon pelvien semblaient faire partie.

8°/ KYSTE DE L'OVAIRE

Nous retrouvons 10 cas (soit 3,12%) de kyste de l'ovaire qui peuvent être :

- simples 6 cas (soit 1,9%)
- ou dégénérés 4 cas (soit 1,3%).

1 / Kystes de l'ovaire

Les circonstances qui nous ont amenés à faire une péritonéoscopie sont les suivantes :

- recherche de l'étiologie d'une masse abdominale 3 cas
- métrorragies : 1 cas
- découverte fortuite de péritonéoscopie au cours d'un examen systématique des organes génitaux : 2 cas.

Péritonéoscopie n° 160 : Mme BREU ... La péritonéoscopie montrait une masse kystique de couleur bleutée contenant un liquide sous tension parfaitement mobile.

Péritonéoscopie n° 192 : Mme VOL ... présentait des métrorragies d'apparition récente.

La péritonéoscopie montrait un gros kyste, formé aux dépens de l'ovaire gauche. L'ovaire droit était micro-kystique, l'utérus volumineux.

2 / Kystes dégénérés de l'ovaire

Les circonstances de découverte en sont très différentes.

- Dans trois cas nous étions en présence d'une ascite,
- une autre fois, il s'agissait de déterminer la cause d'une altération de l'état général.

Péritonéoscopie n° 29 : Mme LEB ... avait été opérée d'un cancer du sein en 1955. Elle revenait pour ascite. Le toucher vaginal montrait une masse latéro-utérine. La péritonéoscopie découvrait un ovaire gauche bourgeonnant, très dur à la palpation, un ligament rond induré et l'absence de granulations péritonéales.

Péritonéoscopie n° 59 : Mme LAU ... présentait une ascite contenant des cellules néoplasiques et 60 gr d'albumine par litre.

La laparoscopie montrait un foie normal, un péritoine sans granulations néoplasiques. L'ovaire gauche était parfaitement visible, il était le siège d'une tumeur végétante, relativement peu indurée, recouverte de fausses membranes, saignant modérément au contact. Il n'y avait pas d'adhérences visibles aux organes voisins et à droite dans le cul de sac latéro-utérin droit, il existait une petite zone suspecte hémorragique avec peut-être une végétation.

9°/ GROSSESSE EXTRA UTERINE

Nous avons fait deux péritonéoscopies pour rechercher une grossesse extra-utérine.

Dans notre première observation, il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans présentant une aménorrhée rebelle depuis plusieurs années. Mais depuis deux mois, elle présentait des nausées et depuis huit jours quelques petites pertes sanglantes. Le gynécologue avait constaté l'existence d'une tuméfaction grosse comme une mandarine dans le cul de sac droit.

La péritonéoscopie n° 6 (ville) montrait un peu de sang dans le péritoine et une trompe oedématisée avec du sang coulant du pavillon.

En fait, il s'agissait d'un kyste hématique de l'ovaire. La péritonéoscopie avait entraîné une erreur de diagnostic mais avait conduit à l'intervention chirurgicale qui était nécessaire.

Dans notre seconde observation, il s'agissait d'une sage femme opérée trois mois auparavant d'une grossesse extra-utérine droite, et qui souffrait de violentes douleurs gauches accompagnées de quelques pertes sanglantes.

La péritonéoscopie avait montré une quantité appréciable de sang dans le péritoine, de nombreux caillots et une trompe gauche volumineuse, infarctée. L'intervention immédiate confirma le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

10°/ En cas d'AGENESIE dans un SYNDROME DE TURNER

La péritonéoscopie n° 187 avait montré :

- un utérus réduit à une bourse séreuse, apparaissant comme une membrane épaisse, tendue au travers du petit bassin.
- les trompes par rapport à lui paraissaient volumineuses se terminant par une masse graisseuse qui ne ressemblait en rien à des ovaires.

11°/ ENFIN

- a) La laparoscopie nous avait été demandée deux fois pour vérifier la présence d'organes génitaux chez des jeunes filles aménorrhéiques.
- b) Trois fois, nous avons eu la surprise de découvrir un petit fibrome de l'utérus au cours de péritonéoscopies faites pour une maladie plus générale.
- c) Deux fois, nous avons réfuté le diagnostic de tuberculose génitale suspectée cliniquement.

2°/ Dans 47 cas (soit 14,6%), nous avons recherché l'étiologie d'un ictère.

Les diagnostics évoqués furent :

- Hépatite : 8 cas
- Hépatite à forme cholestatique pure : 1 cas
- Cancer du pancréas : 23 cas
- Cancer de l'ampoule de Vater : 1 cas
- Calcul du cholédoque : 4 cas
- Cirrhose alcoolique hypertrophique : 5 cas
- Cirrhose post-hépatitique : 3 cas
- Cancer secondaire du foie : 2 cas

3°/ 10 fois (soit dans 3,12 % des cas) l'étiologie d'une ascite n'était pas évidente à l'examen clinique.

- 3 fois nous avons découvert
une cirrhose éthylique banale
- 5 fois, il s'agissait d'un cancer dont
 - . 3 kystes dégénérés de l'ovaire
 - . 1 cancer secondaire du foie
 - . 1 dissémination néoplasique à tout le péritoine.
- 2 fois la péritonéoscopie resta sans résultat.

4°/ Dans 9 cas (soit 2,80 % des cas) l'hémochromatose était suspectée cliniquement. La péritonéoscopie

- confirma le diagnostic 3 fois
- et le rejeta 6 fois.

5°/ Dans 12 cas (soit 12 %) la péritonéoscopie était demandée pour des troubles de l'état général.

Elle nous permit de découvrir :

- 16 cirrhoses alcooliques dont
 - . 6 états précirrhotiques
 - . 10 cirrhoses confirmées.
- 6 cancers dont :
 - . 3 cancers secondaires du foie
 - . 1 cancer du pancréas
 - . 2 cancers extériorisés de l'estomac

Mais 20 fois cet examen ne nous fut d'aucun secours.

6°/ Chez 23 de nos malades (soit 7%) nous avons essayé de déterminer l'étiologie d'une masse abdominale perçue à la palpation.

- Dix fois cette étude est restée vaine. A la péritonéoscopie, la masse était trop profonde, cachée par le grand épiploon, des adhérences, ou un organe comme le colon ou les anses grêles.
- Dans les 13 autres cas, il s'agissait :
 - . d'une cirrhose : 2 cas
 - . d'un cancer du foie : 1 cas
 - . d'une métastase épiploïque : 3 cas
 - . d'une grosse vésicule : 5 cas
 - . d'un kyste de l'ovaire : 2 cas

7°/ Dans 41 cas (soit 12,7%) la péritonéoscopie a été faite pour préciser l'étiologie d'une douleur abdominale.

- Dans 18 cas, la question est restée sans réponse.
- Dans les 23 autres cas, il s'agissait :
 - . d'un foie alcoolique : 8 cas dont
 - = 4 états précirrhoriques
 - = 4 cirrhoses confirmées
 - . d'un foie glacé de Cursham : 1 cas
 - . d'un cancer du pancréas : 1 cas
 - . d'une lithiasie : 7 cas dont
 - = 5 vésicules lithiasiques
 - = 2 calculs du cholédoque

- . d'un cancer : 6 cas dont
 - = 2 cancers du foie
 - = 3 cancers de l'estomac dont un avec métastase épiploïque
 - = un kyste dégénéré de l'ovaire

8°/ 19 de nos malades (soit 5,9 %) présentaient une hémorragie digestive

Il s'agissait :

- d'une cirrhose éthylique : 8 cas
- d'une lithiase vésiculaire avec découverte d'une hémobilie à l'intervention : 1 cas

Et dans les 10 autres cas, l'origine de l'hémorragie n'avait pu être décelée.

9°/ Nous avons recherché 27 fois (soit dans 8,3% des cas) une métastase au niveau du foie

- Dans 3 cas cette recherche s'est avérée positive

Il s'agissait . d'un cancer du sein

. de deux cancers de l'estomac.

- Dans 34 cas, le foie était normal.

Il s'agissait . d'un mélanosarcome : 1 cas

. d'un cancer de l'oesophage: 8 cas

. d'un cancer de l'estomac : 7 cas

. d'un cancer du rectum : 3 cas

. d'un cancer du col utérin : 5 cas

10°/ L'examen gynécologique systématique nous a permis de découvrir dans 9 cas :

- 3 métastases pelviennes
- 1 kyste de l'ovaire
- 2 fibromes enclavés du ligament large
- 2 grossesses extra-utérines
- 1 annexite.

11°/ Enfin, la péritonéoscopie a été faite 10 fois pour examiner

le foie :

- d'un Hodgkin : 1 cas
- d'un dictiosarcome : 1 cas
- d'une splénomégalie myéloïde : 4 cas
- d'une amibiase : 2 cas
- d'un paludisme : 2 cas

- 6 fois une hémochromatose que la péritonéoscopie refutait
- 4 fois un cancer du pancréas. Il s'agissait :
 - . de 2 hépatites
 - . 1 foie normal
 - . 1 lithiasé
- 1 fois une tuberculose intestinale, l'endoscopie montrait une carcinomatose péritonéale
- 1 vésicule lithiasique, il s'agissait d'une tumeur rénale
- 1 cancer digestif, en fait kyste de l'ovaire
- 1 dégénérescence ovarienne, le petit bassin était normal
- 1 foie cardiaque, il s'agissait d'une cirrhose au début.

C - Dans 109 cas (soit 33,9 %) la péritonéoscopie nous permit de faire un diagnostic impossible cliniquement.

Elle nous fit découvrir :

- 16 cirrheses alcooliques hypertrophiques
 - . 6 fois nous recherchions la cause d'une hématomérose
 - . 4 fois le diagnostic hésitait entre cirrhose et cancer
 - . 6 fois entre cirrhose alcoolique et hémochromatose
- 2 foies d'hépatite éthylique
- 3 cirrheses post-hépatitiques
- 1 foie glacé de Cursham
- 2 foies polykystiques
- 10 cancers du foie dont
 - . 6 secondaires
 - . 2 primitifs
 - . 1 cancer de la vésicule
 - . 1 cancer de l'ampoule de Vater
- 1 glycogénose hépatique
- 1 myélomatose avec capsulite nodulaire
- 4 hépatites dont
 - . 3 hépatites virales
 - . 1 hépatite cholestatique pure

- 2 calculs du cholédoque
- 1 lithiase vésiculaire avec hémobilie
- 2 grosses vésicules banales
- 1 tuberculose hépatique
- 9 cancers du pancréas
- 3 métastases épiploïques
- 3 carcinomatoses péritonéales
- 4 cancers de l'estomac extériorisés.

En gynécologie, l'endoscopie nous montre

- 2 fibromes
- 3 kystes de l'ovaire
- 3 kystes dégénérés
- 2 tumeurs ovariennes
- 1 annexite
- des organes génitaux normaux chez deux jeunes filles aménorrhéïques
- et dans un cas d'agénésie dans un syndrome du Turner des ovaires très pathologiques.
- elle élimina dans deux cas la tuberculose génitale et fit le diagnostic de grossesse extra-utérine une fois.

Enfin, recherchant chez 27 de nos malades une métastase hépatique pour un cancer viscéral, nous ne l'avons trouvée que trois fois.

D - La péritonéoscopie ne nous fut pas d'une grande utilité dans 66 cas (soit 20,5 %)

Nous recherchions l'étiologie :

- 20 fois de troubles de l'état général
- 2 fois d'une ascite
- 10 fois d'une masse abdominale
- 18 fois d'une douleur abdominale
- 10 fois d'une hémorragie.

Nous recherchions l'état du foie dans :

- 2 amibiases
- 2 paludismes
- 1 péri-artérite noueuse
- 1 purpura rhumatoïde.

E - Enfin dans 7 cas (soit 2,2 %), la péritonéoscopie nous fit faire une erreur.

L'endoscopie nous montrait :

- 1 lithiase : il s'agissait d'une épithélioma de l'ampoule de Vater.
- 1 épithélioma germinatif de l'ovaire, l'examen nécropsique montrait un cancer de l'estomac avec métastase ovarienne de Kruckenberg.
- 1 fois une carcinomatose péritonéale : il s'agissait d'un très gros kyste de l'ovaire.
- 1 grossesse extra-utérine : en fait, kyste hématique.

L'intervention découvrait un calcul du cholédoque; la péritonéoscopie nous avait montré :

- 1 cirrhose
 - 1 cancer du pancréas
 - chez notre troisième malade, la laparoscopie avait éliminé la lithiase,
-

C O N C L U S I O N S

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

Nous avons présenté 320 cas de péritonéoscopies faites en deux ans au Centre Hospitalier Régional de CAEN.

Nous nous sommes servis de l'endoscope de Fourès. Nous n'avons noté qu'un accident grave : une hémorragie par embrochage de l'artère épigastrique chez un malade ictérique, porteur d'un cancer de la tête du pancréas; l'intervention nous a permis d'arrêter rapidement l'hémorragie et de faire la dérivation cholécysto-gastrique prévue.

Dans la première partie de ce travail, nous avons étudié le bilan global des résultats qui se décompose ainsi :

- 106 foies cirrhotiques dont 98 cirrhoses alcooliques, 3 hémochromatoses, 5 cirrhoses post-hépatitiques.
- 20 cancers du foie dont 17 cancers secondaires, 2 cancers primitifs, 1 cancer de la vésicule.
- L'état du foie au cours de six maladies du système réticulo-endothélial, 2 foies polykystiques, 26 cancers du pancréas, 6 lithiases du cholédoque, 15 hépatites.
- 8 cancers du péritoine, 10 kystes de l'ovaire dont 4 dégénérés, 1 grossesse extra utérine.

Lors de cet examen, nous nous sommes heurtés à certaines difficultés d'interprétation. Il nous semble particulièrement difficile d'affirmer d'une façon précise, la teinte du parenchyme hépatique chez un éthylique, de différencier certaines hépatites de la tuberculose hépatique, de faire le diagnostic entre un cancer secondaire du foie et certaines capsulites, de distinguer la vésicule distendue du cancer du pancréas, de la vésicule scléro-atrophique de la lithiase.

Cette difficulté d'interprétation n'altère d'ailleurs en rien la valeur de cet examen, comme le montre la deuxième partie de notre exposé.

- Notre statistique porte sur 77 gros foies, 47 ictères, 10 ascites, 9 hémochromatoses, 42 troubles de l'état général, 23 masses abdominales, 41 syndromes douloureux de l'abdomen, 19 hémorragies digestives.

- La péritonéoscopie nous a permis :

1) de redresser 23 fois, soit dans 6,2 % des cas, un diagnostic erroné en éliminant 5 cirrheses alcooliques, 3 cancers du foie, 6 hémochromatoses, 4 cancers du pancréas, 1 tuberculose intestinale, 1 vésicule lithiasique, 1 cancer digestif, 1 dégénérescence ovarienne, 1 foie cardiaque.

2) de faire 109 fois, soit dans 33,9% des cas, un diagnostic impossible cliniquement. En particulier elle a découvert 3 cirrheses post-hépatitiques, 1 foie de Cursham, 2 foies polykystiques, 1 glycogénose hépatique, 1 hépatite cholestatique pure, 1 tuberculose hépatique, 6 cancers du péritoine, 3 kystes dégénérés de l'ovaire, une grossesse extra-utérine.

Mais l'apport de la péritonéoscopie au diagnostic n'est pas toujours positif :

- 66 fois, soit dans 20,5 % des cas, elle ne nous a appris rien de plus que la clinique et les autres examens complémentaires.
- 104 fois, soit dans 33 % des cas, elle n'a fait que confirmer le diagnostic clinique.
- 7 fois enfin, soit dans 2,2% des cas, elle nous a conduits à une erreur de diagnostic.

En pratique, nous pouvons donc conclure que la péritonéoscopie dans le cadre de notre Centre Hospitalier a été, pour notre service de Gastro-Entérologie comme pour les services de Médecine Générale qui nous ont adressé des malades, un moyen d'investigation remarquable par sa simplicité et les résultats qu'il a apportés. Nous regrettons seulement de ne pas disposer encore du matériel photographique qui nous aurait permis de conserver des documents.

Vu, le Président de Thèse

Professeur Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

1 - BELBENOIT S.

Réflexions sur la laparoscopie et la radiologie du pneumopéritoine
Sem. Hop. Paris n° 27 , 1959, pp. 1992 - 1997

2 - BELLING

Choix des cas pour la péritonéoscopie.
Arch. Surg. n° 5, Mai 1941, pp. 872 - 889

3 - BENEDETTI G. et RANOINO L.

Considérations diagnostiques clinico-radiologiques sur les masses palpables de l'abdomen.
Minerva chir. n° 5, Mars 1955, pp. 193 - 215
n° 4, Fev. 1956, pp. 157 - 173

4 - BENEDICT E.B.

Valeur de la péritonéoscopie en gastro-entérologie
Ann. dig. n° 8, Oct. 1935.

5 - BEYREDER L. et RIEDER H.

Expérience acquise dans la laparoscopie des affections du foie
Wien med. Wrschr. n° 11, Mars 1958, pp. 226 - 231

6 - BORIES A., AZEAU, COLON R, LEENHARDT

Le contrôle laparoscopique des néoplasies pelviennes
Montpellier chir n° 14, 1957, pp. 143 - 146

7 - BOTTNER H. & BRUHL W.

Expériences avec la laparoscopie
Med. Klin. n° 32, Août 1954, pp. 1242 - 1245

8 - CACHIN M

Les cirrhoses post-hépatitiques. Leur traitement par les dérivés cortisoniques.
Bull. Med. Soc. Med. Hop. Paris n° 73; ann. 1951, pp. 1010

9 - CAJAME A.

La photographie laparoscopique
Presse Med. n° 86, Dec 1955, pp. 1848 - 1851

- 10 - CAMPANACCI D.
Importance de la laparoscopie dans le diagnostic différentiel des affections hépatiques.
Minerva. Med. n° 35, Mai 1958, pp. 1688 - 1691
- 11 - CAROLI J.
Contributions de la laparo-photographie en couleurs, à l'étude diagnostique et pronostique des cirrhoses non alcooliques du foie.
Bull. Med. Hop. Paris, n° 20 et 21, 14 et 21 Juin 1957
- 12 - CAROLI J.
La valeur diagnostique de la laparoscopie dans les affections hépatobiliaires
Maroc Med. n° 347, avril 1954, pp. 313 - 316
- 13 - CAROLI J.
Le diagnostic des ictères par rétention
Edition Masson et Cie, Paris 1957
- 14 - CAROLI J., RICORDEAU P. & FOURES
La laparoscopie simple et combinée. Son importance dans le diagnostic des maladies hépatobiliaires.
Sem. Hop. Paris. n° 27, avril 1954, pp. 1671 - 1691
- 15 - CAROLI J.
Premier accident grave de laparoscopie (hémorragie interne cataclysmique) au cours d'une cirrhose de Cruveilhier Baumgarten.
Rev. Med. chir. Mal. du foie n° 21, Mars 1957, pp. 41 - 50
- 16 - CAROLI J. & FOURES A.
La laparophotographie
Sem. Ho. . Paris, n° 37, Juin 1957, pp. 2389 - 2392
- 17 - CAROLI J. & RICORDEAU P.
La laparoscopie dans le diagnostic des ictères par rétention.
Extrait de la revue internationale d'Hépatologie - Tome V, n° 7 1955, pp. 951 - 1024.
- 18 - CAROLI J., MAINGUET P., RICORDEAU et FOURES
De l'importance de la laparoscopie et de la laparophotographie en couleurs dans la classification anatomo-clinique des cirrhoses du foie.
Rapports présentés au 32ème congrès Français de Médecine
Lausanne 1959 pp. 191 à 213.
- 19 - CREUTFELDT, KUHM
Contribution au diagnostic laparoscopique de l'ictère obstructif et par ponction hépatique dans les affections des voies biliaires.
Deutsch. Med. Wochens - 79 - 49, 1954, pp. 1812 - 1821.

- 20 - CRISMER R., DREZE et ETEVE J.
Les étapes laparoscopiques et histologiques dans le diagnostic des
cirrhoses post-hépatitiques
Acta Gastro-entéroló. Belg. n° 5 et 6 - mai et juin 1958
- 21 - DAMELE A.
Contributions à l'étude des ictères et des affections tumorales et
inflammatoires de l'abdomen par la péritonéoscopie.
Thèse Paris n° 1046 - 1957
- 22 - DEBRAY Ch., PAOLAGGI Jo. et SEGAL
La laparoscopie en pratique gastro-entérologique
Presse Méd. n° 27 - Mai 1960 pp. 1053 - 1056
- 23 - DEBRAY Ch, CACHIN M., NOIX M. et PERGOLA
Etude préliminaire de la motricité vésiculaire par le film, étude
laparoscopique et radiologique.
Arch. des Mal. de l'app. digestif.
- 24 - DEBRAY Ch., CACHIN M., PERGOLA F., PAOLAGGI et SEGAL
Laparaphotographie en couleur sans flash électronique
Soc. Intern. de Photo. endoscopique - Séance du 14 Mars 1959
- 25 - ETIENNE D.
La laparoscopie dans les affections hépato-biliaires
Rev. med. prat. n° 39, Mars 1959, pp. 969 - 972
- 26 - ETIENNE - MARTIN P. & KEPPING
Le foie alcoolique de l'hépatite à la cirrhose alcoolique
Ed Masson 1960
- 27 - FRIEDRICH L., MEDGEYES A. et DENES J.
Expérience acquise avec les ponctions laparoscopiques dirigées
Deutsch Zschr Verdauungs Stoffwechsel - n° 3 1959, pp. 151 - 157
- 28 - GALLISON J.
Bile peritonitis complicating Needle biopsy of liver
New England Journ. Med. 243 - 1950 pp. 47
- 29 - GIGGLBERGER H. Regensburg Allemagne
Les complications de la laparoscopie (d'après 1.200 explorations)
Gastroentérologia, T. 91, 1959, pp. 375 - 398
- 30 - GIRARD M. & COULOT M.
Lyon Med. 1
Mai 1956 n° 20 : Premiers résultats d'examens laparoscopiques en patho-
logie hépato-vésiculaire.
Janvier 1956 : Premiers résultats
Janv 58 n° 913 : Valeur diagnostique de la laparoscopie en pathologie
digestive.

- 31 - GRANDMAISON, DESCHAMP & Mme GUEGAN
Considérations sur les premières laparoscopies faites au Centre
Hospitalier de Grenoble.
Dauphiné Med. 69 - 85, 1957 pp. 317
- 32 - GUERRA A.
Contribution au diagnostic différentiel des Tumeurs de l'abdomen.
Minerva chir. n° 6, Mars 1949
- 33 - GUGGISBERG W.
Compte rendu sur 170 laparoscopies
Gynécologia n° 5, Nov. 1956, pp. 290 - 295
- 34 - GUIO C.
L'exploration laparoscopique. Sa valeur en tant que méthode complémen-
taire pour le diagnostic.
Rev. Chir. Espan. n° 2 Juillet 1959 pp 96 - 101
- 35 - HARTEIB J.
Embolie gazeuse au cours d'une laparoscopie
Deutsch Med. Wschr. n° 42, Oct. 1955 pp. 1532 - 1533
- 36 - HOFSTETTER J.R.
Laparoscopie et ponctions biopsie du foie
Rev. Med. de la Presse romande. T. 79, n° 5, Mai 1959 pp. 273 - 282
- 37 - JUNGHANNS H
Affections aiguës graves de la région hypogastrique droite
Langenbecks arch. Klin. chir. (71è Congrès - 1954)
- 38 - KABISCH G.
Technique de la laparoscopie
Deutsch Med. Wschr. n° 26, 1956 - pp. 1951
- 39 - KALK H.
Leitfaden der laparoscopia und gastroscopia
Thieme- Verlag Stuttgart 1951
- 40 - KALK H., KASSEL Allemagne
Klinisch - Biopische Beobachtungen über die Cystenleber und ihre
Kombination mit Cystenmiere
Acta Hepatosplenologica T.6 1959 pp. 24 - 28
- 41 - KALK H.
Remarques sur la technique de la laparoscopie et description de nou-
veaux appareils de laparoscopie.
Med. Klin. n° 16, Avril 1955, pp. 696 - 699
- 42 - LEFEVRE H.
Les états douloureux de la paroi abdominale.
Acta abst. Gyn. Scand. n° 2 - 1950 - pp. 132 - 154

- 43 - LAPERRE F.
La laparoscopie
Acta chirurgica belgica n° 55 - Decembre 1956 - pp. 851 - 888
- 44 - MEDGYES A. & DENES J.
Blessure du foie par le trocart du laparoscope
Deutsch. Zschr. Verdauungs - Stoff Wechselkr n° 4 et 5 ; 1959
- 45 - MEEROFF M.
Ponction diagnostique abdominale
Pressa med. argent. n° 45 - Nov 1950, pp. 2748 - 2753
- 46 - MORIN J.
Intérêt de la laparoscopie en pathologie abdominale
J. Med. Bordeaux n° 4, 1958.
- 47 - MORIN T.
Intérêt de la laparoscopie en pathologie abdominale
Arch. Mal. appareil digestif n° 4 1958, pp. 389 - 397
- 48 - NISSEN K
La laparoscopie
Schweiz med. Wschr - n° 10 , Mars 1954, pp. 293 - 296
- 49 - PALMER
La stérilité involontaire
Masson et Cie éditeur - Paris - 1950
- 50 - PERGOLA F.
La cinématographie laparoscopique
Sem. Hôp. Paris n° 37, Juin 1957, pp. 2399 - 2400
- 51 - PERGOLA F., DEBRAY Ch.
Laparoscopie
Entretiens de Bichat 1949
- 52 - PERGOLA F., CACHIN M., DEBRAY Ch.
La cinématographie laparoscopique
Bull. med. des Hop. de Paris, 9 - 10 - 1955, pp. 333 - 334
- 53 - PERGOLA F., DEBRAY Ch., CACHIN M.
Présentation d'un film cinématographique et laparoscopique
Arch. Mal. appareil digestif. 45 - 5, 1955, pp. 664 - 645
- 54 - ROYER M .
Valeur de la laparoscopie
Résultat de 600 observations
Sem. Hop. n° 57 et 58, Août 1952

- 55 - ROSENBAUM F.J.
Dangers et contre-indications de la laparoscopie
Deutsch med. Wschr. N° 6, Février 1958, pp. 22 - 225
- 56 - SABAGH R.A.
Utilisation de la gastroscopie et de la laparoscopie
Pressa Med. argent. n° 46, Nov. 1958, pp. 3624 - 3625
- 57 - SCHOIKHET T.K.
Quelques données sur la palpation des organes de la cavité abdominale
Klinitches Kaia meditzina - n° 4, 1955, pp. 58 - 60
- 58 - SCHONNE P.
Les indications de la laparoscopie en gynécologie
Bull Soc. gyn. obst. n° 5 - Nov et dec 1958
- 59 - SCHRIDER J.
Un nouveau trocart pour la laparoscopie
Deutsch. Zschr. Verdauungs - Stoff Wechselkr, n° 1, mars 1956
- 60 - STAM O.
Indications et résultats de 128 cas de laparoscopie
Bull. fed. soc. gyn. et obstétrique n° 1, 1958 - pp. 10-14
- 61 - STEFANOVIC S.
La cirrhose post hépatitique
Rev. Internationale Hépatologie 7, 251, 1957
- 62 - STEINBACH H.L. LYON R.P., MILLER E.R. et SMITH D.R.
Pneumographie extra péritonéale
Calif. Med. n° 3, Septembre 1951, pp. 202 - 206
- 63 - STORTI R. et MOCCHI N.
La laparoscopie dans le diagnostic des maladies hépato-biliaires et des néoplasies intra-abdominales.
Minerva Med. n° 36 - Mai 1957 pp. 1587 - 1597
- 64 - STOSSEL H.V.
Possibilités actuelles de la technique d'examen laparoscopique
Schweiz. med. Wschr. n° 52, Décembre 1958, pp. 1311 - 1313
- 65 - WEILL J.P.
Indication de la laparoscopie
Strasb. med. n° 6, Juin 1958, pp 522 - 525
- 66 - WITTEKIND D.
Observations concernant la technique laparoscopique
Mun. Med. Wschr. n° 18, mai 1956, pp. 658 - 659

67 - ZENKER R., et HAMELMANN H.

Affections aiguës de la région abdominale (abdomen aigu) Coup d'oeil
chirurgical

Langenbecks arch. Klin. chir. 71ème Congrès 1954, pp. 530 - 664



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODéon 58-90